Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b29333490

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 101.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 2 juin 1843,

Par JACQUES-ADOLPHE SCHMIDT,

né à Paris,

Bachelier ès sciences physiques.

I. — Des vomissements nerveux ou spasmodiques.

II. — Quels sont les causes et les symptômes des fistules salivaires? Peut-on guérir les fistules qui proviennent des glandes salivaires avec la même facilité et aussi complétement que celles qui proviennent des conduits?

III. — Quelles sont les différences des nerfs pneumogastriques comparés entre eux à droite et à gauche?

IV. — Comment reconnaître le tartrate de potasse antimonié mélangé avec la matière des vomissements?

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1843

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET, Examinateur.
Physiologie	PIERRE BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD, Président.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY aîné.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	BLANDIN.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. J. CLOQUET. VELPEAU. AUGUSTE BÉRARD.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH.	MM. LENOIR, Examinateur.
BAUDRIMONT.	MAISSIAT.
CAZENAVE.	MALGAIGNE.
CHASSAIGNAC.	MARTINS.
DENONVILLIERS.	MIALHE.
J. V. GERDY.	MONNERET.
GOURAUD.	NÉLATON.
HUGUIER.	NONAT.
LARREY.	SESTIER, Examinateur.
LEGROUX.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

Amitié.

A Mme BERTIER.

Reconnaissance.

J.-A. SCHMIDT.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

> Medicina non ingenii humani partus, sed temporis filia.
>
> (Baglivi.)

I.

Des vomissements nerveux ou spasmodiques.

On peut ainsi définir le vomissement : l'expulsion par la bouche des matières solides ou liquides contenues dans les voies digestives. Il peut être *symptomatique*, c'est-à-dire déterminé par une lésion matérielle des voies digestives ou de leurs annexes; *sympathique*, quand il est provoqué par la souffrance d'un organe étranger à ces mêmes voies; *critique*, lorsque, par son apparition, une maladie paraît jugée, et enfin *nerveux* ou *spasmodique*, quand il survient sans qu'on puisse le rattacher à aucune lésion appréciable des voies digestives, ou à la souffrance d'aucun autre organe étranger à ce système. C'est seulement de ce dernier dont nous allons parler, non pas sous le rapport physiologique, mais seulement comme *acte anormal* ou *pathologique*; c'est ainsi que nous comprenons la question donnée par la Faculté, et pour y répondre, nous avons dû rapporter des définitions exactes qui nous guideront, et nous empêcheront sans doute de nous éloigner de notre sujet.

Il est difficile de concevoir une altération de fonctions sans lésion d'organe; cependant il existe des maladies qui ne nous laissent apercevoir aucune trace qui puisse, sur le cadavre, nous expliquer les symptômes; cela tient sans doute à ce que nous ne savons pas encore voir clairement ce qui différencie l'état sain des organes d'un état pathologique particulier invisible à nos yeux. Quoi qu'il en soit, rappelons un principe qu'on ne saurait trop rappeler : « Que les altérations de texture qu'un organe a subies n'entraînent pas nécessairement un désordre de ses fonctions; ainsi, il y a des lésions organiques sans symptômes, comme il y a des symptômes sans lésions appréciables qui puissent en rendre compte » (*Clin. méd.* de M. Andral, t. 5, p. 388). M. Rostan a vu un grand nombre de fois, sur plusieurs jeunes filles, une espèce de vomissement qu'on ne peut guère regarder que comme nerveux; tous les jours ces jeunes filles vomissaient tous leurs aliments, leurs boissons, des matières glaireuses, etc. Il n'existait aucun signe local ou général d'inflammation, nulle douleur épigastrique, nulle tumeur, nulle chaleur, point de soif, de fréquence de pouls, point de changement de couleur à la langue, peau fraîche, couleur rosée naturelle des joues, appétit, embonpoint (*Traité de diag.*).

A quoi tiennent donc les vomissements nerveux ? Quelle est enfin la nature de cette affection ? C'est ici un point où l'anatomie pathologique reste muette et avare de ses lumières; cependant l'existence de la maladie n'en est pas moins réelle. Ne tiendrait-elle pas à une modification jusqu'à présent inconnue du cerveau, à une susceptibilité nerveuse ou à une irritabilité particulière de la membrane musculeuse de l'estomac, qui le forcerait à se contracter et à changer le sens de son mouvement péristaltique ? Nous préférons laisser la question indécise plutôt que de nous laisser aller plus loin dans des discussions d'où nous ne pourrions sortir qu'en rapportant les explications données par les auteurs, explications tendant surtout plus à satisfaire un point théorique qu'à éclaircir véritablement un fait que l'autopsie cadavérique n'a pu nous révéler. Il faut donc, a dit Bouvenot (*Recherches sur le vomissement*), que le praticien arrête ses conjectures là où l'im-

pénétrable nature lui dérobe ses ressorts, qu'il se contente de voir, d'observer, de recueillir les faits, afin que son expérience sur les phénomènes le dédommage en quelque sorte de l'impuissance où il est de saisir les causes et de pénétrer dans leur mode d'action sur les viscères principaux de la vie.

Les vomissements nerveux ou spasmodiques peuvent devenir une affection, sinon toujours dangereuse, du moins effrayante par sa longue durée et par sa terminaison, qui peut être, rarement il est vrai, mortelle par l'épuisement des forces du malade qui en est affecté. M. le professeur Roux (*Journal général de médecine*, 1821) cite l'exemple d'une jeune femme prise de vomissements continuels et spasmodiques à la suite de chagrins vifs et profonds ; l'on épuisa en vain toutes les ressources indiquées pour combattre ce symptôme, elle succomba au bout d'un mois, et l'inspection cadavérique suivie avec beaucoup de soin, montra tout l'appareil gastrique et intestinal dans l'état le plus sain ; le cerveau, le cœur, les poumons, n'offrirent rien qu'on eût pu accuser d'avoir été cause de la mort. Cette observation se trouve consignée dans la thèse de M. Bouvenot, comme communiquée par M. Roux.

Dans les névroses, il peut survenir des vomissements qu'on ne saurait rapporter à aucune lésion appréciable et constante d'organe ; ce sont donc là des vomissements nerveux. Cependant, dans la gastralgie, on pourrait croire, au premier abord, si on n'avait par devers soi que quelques cas, qu'ils doivent être très-fréquents ; mais voici un passage extrait de l'ouvrage de M. Barras (*Traité des gastralgies et entéralgies*, p. 211) : « Certains d'entre eux (en parlant des gastralgiques) vomissent cependant, sans efforts et sans fatigue, tous les aliments qu'ils prennent ; ce sont sans doute des personnes dont la sensibilité de l'estomac est portée à un degré extrême, et qui ont une grande facilité à vomir. Du reste, ce vomissement nerveux, que l'on peut rencontrer seul, mais qui est ordinairement associé à d'autres symptômes gastralgiques, est si rare, que nous ne l'avons pas observé plus de six

fois sur des milliers de névroses gastro-intestinales qui ont passé sous nos yeux. »

Le type du vomissement nerveux ou spasmodique que nous qualifions d'*acte anormal,* parce qu'il nous répugne de le considérer comme pathologique, se rencontre chez ces individus qui, à la vue d'un objet dégoûtant ou d'une sensation de saveur ou d'odeur plus ou moins desagréable, sont pris immédiatement de vomissements involontaires et spasmodiques; ils vomissent ordinairement, soit ce qu'ils ont ingéré dans leur estomac, soit des mucosités, et aussitôt les vomissements opérés, ils ne se ressentent d'aucune espèce de trouble. M. Ricord (leçons orales) raconte l'histoire d'un malade affecté de blennorrhagie, auquel il fit prendre une potion de Chopart qu'il trouva d'abord très-agréable au goût; mais il se dégoûta tellement du médicament que, quelques mois après son administration, quand il entrait dans le cabinet où était resté une bouteille qui avait contenu la potion, il était pris de vomissements spasmodiques. M. Louyer-Villermay cite deux exemples de vomissements nerveux : dans l'un, c'est un homme bien portant qui mange avec appétit et plaisir du poisson préparé au beurre, et chaque fois il le vomit sans presque aucune douleur; peu d'instants après il peut faire un second repas qu'il digère très-bien. Dans l'autre, un homme déjeune avec des tartines de pain et de beurre qu'il arrose d'eau rougie, et bientôt l'estomac a rejeté cet aliment, qu'il conserve, au contraire, lorsqu'on y ajoute du vin pur. M. Forget croit les vomissements nerveux qui surviennent chez les voyageurs sur mer, dépendants des trois causes suivantes : secousse des viscères, trouble de la circulation, perturbation visuelle (*Médecine navale,* t. 1er, p. 329). M. P. Dubois (art. GROSSESSE du Dictionnaire en 25 vol.) cite l'observation rapportée par M. Lorentz père : c'est celle d'un mari qui, chaque fois que sa femme devenait enceinte, éprouvait des nausées et des vomissements; mais il la réfute si bien que nous ne pouvons y attacher aucune croyance, sans quoi nous aurions considéré ces vomissements comme nerveux.

Causes. — Les vomissements nerveux ou spasmodiques s'observent plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes, le tempérament nerveux y prédispose, certaines antipathies de l'estomac, les professions où l'on prend un point d'appui sur l'épigastre. Louyer-Villermay a observé des vomissements nerveux qu'il croit devoir attribuer à une propension héréditaire. Les courses, une chaleur excessive, peuvent aussi les produire. M. Hugon, d'Ussel, prétend que dans les montagnes du département de la Corrèze, pendant la chaleur de l'été, les cultivateurs livrés à des travaux pénibles, échauffés par les rayons d'un soleil brûlant, et usant habituellement d'une nourriture pesante et de mauvaise qualité, boivent, dans les champs, de l'eau de fontaine très-froide : indépendamment de plusieurs autres maux que produit cette imprudence, il survient quelquefois un vomissement spasmodique que les malades arrêtent ou modèrent presque toujours avec du lait miellé ; mais que les vomitifs, les purgatifs, l'eau-de-vie avec l'huile font dégénérer en affection organique. Tous les mouvements qui peuvent donner lieu à des vertiges, tels que le saut de la corde, l'escarpolette, le mouvement d'un navire, l'ascension sur un lieu élevé, peuvent produire ces vomissements. La suppression d'une transpiration habituelle, d'une évacuation, d'un émonctoire naturel ou artificiel, le dérangement d'une hémorrhagie, du flux menstruel ou hémorrhoïdal agissent de la même manière. L'abus des liqueurs alcooliques ou excitantes peut aussi exercer une assez grande influence sur la susceptibilité de l'estomac pour provoquer ce genre d'affection.

Il arrive quelquefois que ces vomissements dépendent d'une pléthore sanguine locale ou générale ; dans d'autres cas encore, ils dérivent d'une source tout opposée.

Une autre série de causes agit d'une manière non moins remarquable sur le système nerveux, et provoque des maladies fréquentes appelées vulgairement *spasmodiques, nerveuses, vaporeuses*, etc. ; nous voulons parler des affections morales. Il semble, en effet, que les chagrins concentrent les forces de la vie, qu'il se fait un refoulement

des humeurs de la circonférence au centre, et que c'est particulièrement vers les régions précordiales que les effets en deviennent plus marqués, ce que les individus affectés expriment eux-mêmes en disant qu'ils ont le *cœur serré*.

Symptômes. — Les vomissements nerveux ou spasmodiques, fréquemment renouvelés, constituent une affection dans laquelle les substances solides ou liquides portées dans l'estomac sont rejetées tôt ou tard par le seul fait de la sensibilité exaltée de cet organe, ou d'une sorte d'atonie, ce qui se rencontre plus rarement. Tantôt ils sont précédés, à un degré modéré, de malaise général, de douleur et de pesanteur de tête, d'amertume de la bouche, de cardialgie, de nausées; tantôt ils surviennent sans aucun symptôme précurseur. Souvent ils se composent d'une sérosité limpide ou de mucosités plus ou moins consistantes; dans d'autres cas, ce sont des mucosités bilieuses, jaunâtres, qui constituent les matières vomies; il s'y joint quelquefois des aliments, ce qui arrive ordinairement plus tard; fréquemment aussi une grande quantité d'aliments est rejetée sans presque aucun mélange. Ceci a lieu surtout quand cette névrose existe depuis longtemps, et quand les vomissements surviennent immédiatement après le repas. Il peut n'y avoir qu'un seul ou plusieurs vomissements dans les vingt-quatre heures. Du reste, ils peuvent arriver à toute époque du jour ou de la nuit, soit avant, soit après le repas. Nous connaissons une jeune dame, bien réglée, qui vomissait le matin, sans presque aucun effort, quelques mucosités filantes, rarement de la bile, et cela durait depuis plus d'une année; ces vomissements ne survenaient que quand elle avait eu la nuit des rapports avec son mari. Nous avons été à même de constater les vomissements. Maintenant il resterait à savoir si nous n'avons pas été trompé sur leur cause réelle. Nous sommes certain que cette jeune dame n'était nullement enceinte. Les vomissements nerveux offrent encore quelques particularités notables : ils s'opèrent plus facilement, plus promptement et avec moins de douleurs que ceux qu'on observe dans les autres affections.

Après avoir vomi, dans certains cas, le malade se trouve presque aussi alerte que dans son état de santé, et peut se livrer à ses occupations et manger à son appétit. Cette névrose est exempte de fièvre, ou du moins de fréquence notable du pouls, de soif, de chaleur; la région épigastrique n'est presque jamais douloureuse, à peine si elle offre de la rénitence ou de la sensibilité. Les intestins ne participent point au trouble de l'estomac, cependant leur action étant ralentie, les évacuations sont rares et tardives.

Durée.— La durée de la maladie est très-variable: chez les uns, elle se dissipe au bout de quelques heures et de quelques jours, souvent aussi elle se prolonge pendant des mois et des années. Dans d'autres cas, après avoir cédé plusieurs fois et momentanément à des moyens variés, elle reparaît avec de nouvelles forces, pour enfin se dissiper après un laps de temps plus ou moins considérable; elle peut quelquefois occasionner la mort, soit par marasme, soit par épuisement du sujet malade.

Diagnotic. — Avant de parler du traitement de la maladie qui nous occupe, nous croyons de toute nécessité, et de la plus grande utilité pour la thérapeutique, d'établir un diagnostic différentiel entre les principales affections qui simulent les vomissements nerveux; car il est facile de les confondre avec les autres vomissements, et si le praticien commet cette erreur, s'il n'établit pas un diagnostic juste et profond, s'il n'emploie pas le traitement approprié et dans le temps convenable, il aggrave le mal et détermine même quelquefois une affection organique.

Produit par l'embarras gastrique, les vomissements sont précédés d'un sentiment de pesanteur, de plénitude vers l'épigastre, de fièvre; l'amertume de la bouche, les hoquets, les flatuosités en sont également les signes précurseurs.

Lorsqu'il se déclare tout à coup chez un individu des vomissements douloureux, variables sous le rapport de la couleur et de la quantité des matières vomies, mais produisant dans la bouche une sensation

extraordinaire, bouillonnant quelquefois sur le carreau, et, dans ce cas, rougissant la teinture de tournesol; ou bien n'exerçant aucune action sur le carreau, et alors pouvant verdir le sirop de violettes; lorsque ces vomissements seront accompagnés de douleurs atroces de constipation, ou de déjections alvines de couleur et de nature différentes, comme les matières vomies, on peut présumer qu'il s'agit d'un empoisonnement (M. le professeur Orfila).

Dans le choléra, outre les autres symptômes, tels que déjections alvines, crampes, etc., les vomissements sont caractéristiques; ils contiennent une grande quantité de matière blanchâtre, d'une grande liquidité, ou mêlée à des grumeaux épais, et assez ressemblants à une décoction de riz ou à du petit-lait mal clarifié.

Les vomissements qui surviennent dans les hernies de l'estomac ou des intestins peuvent en imposer, et faire croire quelquefois à des vomissements nerveux. Le médecin devra alors découvrir le lieu où siége la tumeur, l'observation ayant appris qu'on avait plus d'une fois opposé à ces accidents un traitement interne inefficace, tandis que la simple application d'un bandage eût suffi pour les faire disparaître.

La présence d'une tumeur dans la région épigastrique fera immédiatement reconnaître, s'il y a des vomissements, que ces vomissements sont symptomatiques d'un cancer.

Dans la péritonite, soit partielle, soit générale, une douleur circonscrite ou générale, d'une intensité plus ou moins grande, existera; joint à cela, il y aura de la fièvre.

D'après ce que nous venons de dire sur ces signes différentiels, on voit qu'on ne pourra arriver au diagnostic de la maladie qui nous occupe que par voie d'exclusion.

Traitement. — Quand un malade sera affecté de vomissements nerveux, qu'ils seront fréquemment renouvelés, on ne devra pas hésiter un instant à chercher le moyen de les empêcher, car souvent les dégénérescences de l'estomac commencent par un état nerveux, qui

donne lieu à des vomissements. Il y aura donc désavantage d'attendre; d'autant plus qu'il pourrait survenir un affaiblissement, duquel on ne pourrait retirer le malade. Comme dans ces cas, le diagnostic bien établi, il n'est pas douteux que l'affection soit de nature spasmodique, on devra commencer par les antispasmodiques : ces médicaments peuvent avoir le double avantage de modérer la susceptibilité générale de l'individu, et l'irritabilité excessive de l'estomac; mais il faudra varier ces médicaments, et chercher souvent celui qui conviendra le mieux. On devra d'abord employer les infusions de tilleul et de fleurs d'oranger, les potions composées avec les eaux distillées de ces mêmes substances, auxquelles on ajoute le laudanum, l'éther, les teintures d'assa-fœtida, de musc, de castoréum, à la dose de quinze à vingt gouttes; l'extrait d'opium à doses progressives, la thridace, le sirop diacode, la décoction de fleurs de pavots, la potion anti-émétique de Rivière, pourront, dans certains cas, être d'une grande utilité. On a préconisé le sous-nitrate de bismuth à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, en pilules ou dans un véhicule mucilagineux. Dans le cas où l'affection dépendrait d'une débilité de l'estomac, il conviendrait d'employer de légers toniques, puis de se servir ensuite de quinquina, de cachou, de colombo, etc.; mais souvent les médicaments que nous venons d'indiquer ne suffisent point, ou même, à cause de l'excès de sensibilité de l'estomac, ne peuvent être administrés. C'est alors qu'on peut retirer de grands avantages des lavements médicamenteux, et des moyens appliqués à l'extérieur, tels que bains généraux, application sur la région épigastrique d'emplâtres de thériaque ou de poix de Bourgogne. Si le malade est d'une constitution robuste, s'il a éprouvé quelque suppression d'hémorrhagie, il sera convenable d'appliquer des sangsues soit à l'anus, soit à la vulve, ou de pratiquer une saignée générale. Les vésicatoires pourront déplacer l'excès de sensibilité fixé vers l'estomac, en établissant un nouveau centre de sensibilité sur des parties très-voisines, comme la région épigastrique : *Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum* (Hipp., aph. 46, sect. 2).

Si les vomissements persistaient encore, saupoudrer ces vésicatoires, soit avec le sulfate, soit avec le chlorhydrate de morphine à fort petites doses, 1/12 à 1/8 de grain pour commencer, et aller jusqu'à 5 centigrammes. Les ventouses sèches seront quelquefois employées avec avantage. Barthez conseille l'application sur la même région d'un grand sachet piqué et rempli de camphre broyé grossièrement, ou, au lieu de ce sachet, un cataplasme émollient, sur lequel on aura étendu une forte dissolution d'opium. Les purgatifs conviendront quelquefois; mais on devra être très-modéré sur l'emploi des vomitifs, car ils pourraient augmenter la susceptibilité déjà trop grande de l'estomac, et amener une dégénérescence de l'organe. Les moyens hygiéniques ne devront pas être négligés; l'application de plaques magnétiques a amené quelquefois d'heureux résultats. Les distractions, les voyages, la fatigue modérée, les eaux gazeuses de Vichy, etc., pourront aussi être d'une grande utilité. Mais les cas où la thérapeutique échouera devront être étudiés spécialement; car si la névrose dépend d'une cause morale, tant que la cause persistera, la thérapeutique n'aura aucune prise, tandis que si le médecin sait gagner la confiance de son malade, et, par sa discrétion connue, peut pénétrer dans le secret de cette même cause, non-seulement en détruisant le germe de la maladie gagnera l'amitié de son malade, mais encore il rendra un malheureux à la santé.

II.

Quels sont les causes et les symptômes des fistules salivaires? Peut-on guérir les fistules qui proviennent des glandes salivaires, avec la même facilité et aussi complétement que celles qui proviennent des conduits?

Les fistules salivaires peuvent affecter ou la glande sous-maxillaire ou la glande parotide; cependant les fistules de la glande sous-maxillaire sont très-rares, ce qui s'explique facilement par la protection que lui offre l'os maxillaire inférieur, derrière lequel elle se trouve moins exposée aux causes traumatiques. Ces fistules peuvent avoir aussi pour point de départ les canaux excréteurs de ces mêmes glandes, savoir : le canal de Warthon pour la glande sous-maxillaire, et le canal de Stenon pour la glande parotide.

Les fistules de la glande parotide et de son conduit excréteur étant, nous l'avons dit, beaucoup plus fréquentes, pour cette raison, comme les fistules de la glande parotide ne diffèrent de celles de la glande sous-maxillaire que par leur siége, ce que nous allons dire de celles-là s'appliquera facilement à celles-ci.

Causes. — Les fistules salivaires ont le plus souvent pour cause les plaies mal réunies, ou les inflammations terminées par suppuration, par gangrène ou par ulcération profonde. La présence d'un calcul dans le conduit excréteur, l'inflammation de ce même conduit, peuvent aussi y donner lieu. Quand il n'y a pas eu de lésion traumatique, quand la fistule provient d'une inflammation, qu'elle apparaît par une tumeur qui s'ouvre en donnant issue à du pus à plusieurs reprises, et puis enfin à de la salive, on a considéré dans ce cas la présence d'une dent cariée comme cause de la fistule; mais, comme le fait remarquer M. Vidal, quelquefois les dents sont en bon état; il

n'y a pas eu de coup, de plaie à la joue, et cependant il s'est formé un abcès dont l'ouverture persiste et laisse passer la salive. On peut alors supposer une inflammation spontanée, c'est-à-dire due à une cause qu'on ne connaît pas. Ces fistules peuvent encore avoir lieu quand une tumeur se développe sur le trajet du conduit de Stenon ; voici alors ce qui arrive : les radicules du canal se laissent distendre, et l'on voit bientôt se former, soit sur la glande, soit sur les parties environnantes, une tumeur fluctuante, molle, indolente d'abord, sans changement de couleur à la peau, devenant plus volumineuse pendant que le malade parle ou mange, et se recouvrant quelquefois d'une espèce de rosée formée par la salive, qui sort à travers les pores de la peau. Plus tard, cette tumeur devient douloureuse, s'enflamme, s'ouvre, donne issue à un mélange de pus et de salive, et une fistule s'établit.

Symptômes. — On aperçoit, quand il y a fistule salivaire, soit sur la glande affectée, soit sur le trajet de son conduit excréteur, un orifice laissant écouler un liquide séreux, transparent, légèrement salé, qu'il est aisé de reconnaître pour de la salive ; quelquefois, cependant, l'ouverture de la fistule peut être beaucoup plus éloignée de la glande. Ainsi, la *Gazette médicale* de 1832 rapporte l'observation d'une fistule salivaire de la glande sous-maxillaire, dont l'orifice extérieur s'ouvrait vis-à-vis l'articulation sterno-claviculaire : cette fistule était congénitale, douloureuse, à l'approche des règles et à la moindre émotion. Louis aussi rapporte l'observation de fistule parotidienne, dans laquelle l'ouverture était située hors des limites de la glande, au-dessous et en arrière de l'oreille. La forme de l'orifice est très-variable : tantôt on voit une fongosité épaisse sortir de son centre, tantôt une pellicule mince, à travers laquelle on voit la salive qui suinte par gouttelettes ; sa largeur est peu considérable, quelquefois elle est imperceptible, et on ne reconnaît la fistule qu'à l'écoulement de la salive. L'écoulement du liquide est plus ou moins considérable, mais toujours plus abondant lorsque le malade goûte ou mange des aliments sapides. Du-

plessis rapporte, dans les *Mémoires de chirurgie,* qu'on a pu recueillir, pendant un repas de dix-huit minutes de durée, une quantité de salive sortant d'une fistule du canal de Stenon, dont le poids s'élevait à 2 onces 6 gros, et que cette expérience a pu être renouvelée plusieurs fois. Morand (*Mém. de l'Acad. de chir.*) rapporte qu'un peintre, qui lui avait été recommandé par le prince de Carignan, portait, depuis une année, une fistule salivaire survenue à la suite de l'ouverture artificielle d'un abcès : la quantité de salive était si considérable, que le malade était obligé, pour vaquer à ses occupations, de porter un petit bassin en forme de plat à barbe, contenant une éponge destinée à absorber la salive. Pour reconnaître si la fistule provient du conduit de Stenon ou de la glande parotide, voici comment Boyer conseille de procéder : « On connaît que la fistule est due à une lésion de la glande parotide, en s'assurant de l'état du conduit et de ses rapports avec la fistule par l'introduction d'un stylet boutonné dans le canal, par la situation et la quantité de salive qu'elle rend dans un temps donné. Ainsi, lorsque le stylet introduit dans le canal de Stenon par son orifice naturel, et enfoncé aussi profondément que possible, ne fait reconnaître aucune lésion à ce conduit, l'ouverture externe ne correspond pas au canal salivaire, mais à la glande; lorsque la quantité de salive qui en découle est peu considérable, nul doute que la lésion ne soit à la glande elle-même et à quelques-uns des petits conduits qui en naissent, et que le canal de Stenon n'en soit exempt. » Mais lorsque, par exemple, l'ouverture de la fistule ne sera pas située sur le trajet du conduit ou sur la région de la glande, que devra-t-on faire? Introduire un stylet dans l'ouverture fistuleuse, qui vous conduira ou sur la glande ou dans le canal excréteur. C'est à l'aide de ce procédé que Louis, dont nous avons cité plus haut le cas, arriva sur la glande parotide. M. le professeur A. Bérard, dans sa thèse pour la chaire de médecine opératoire, rapporte l'observation, par lui faite sur un jeune homme, d'une poche salivaire, qui formait une tumeur molle, fluctuante, du volume d'un petit œuf de poule, et qui s'était

accrue lentement et occupait la face externe de la glande parotide. Il crut d'abord à un abcès froid, parce qu'il y avait quelques ganglions engorgés autour de la mâchoire, et pratiqua une incision verticale sur la tumeur. Le liquide qui s'écoula était transparent, de couleur ambrée, filant et visqueux; les parois de la poche se rapprochèrent, mais leur agglutination ne fut qu'incomplète : il resta une fistule salivaire, qui résista longtemps au traitement.

Traitement. — Les moyens employés pour guérir les fistules salivaires ne peuvent convenir indifféremment à toutes, puisque toutes ne se présentent pas avec les mêmes conditions. Nous croyons donc utile d'établir des distinctions dans chaque variété de fistule, et nous allons indiquer quelques-uns des principaux moyens employés pour leur guérison, en commençant d'abord par les fistules du conduit de Stenon.

A. *Fistules du conduit de Stenon.* — Les principaux moyens employés sont : la cautérisation, la compression, la ligature, la suture entortillée, la désobstruction, le séton par le conduit naturel, et le séton par un conduit nouveau.

Cautérisation. — Quand on aura affaire à une fistule de ce conduit dont l'orifice sera petit, étroit, que les tissus circonscrivant cet orifice auront une certaine épaisseur, après s'être assuré que le canal est parfaitement libre, qu'il n'est oblitéré ni par un calcul ni par une tumeur, la cautérisation faite avec le nitrate d'argent ou avec le cautère actuel pourra presque toujours amener l'oblitération de la fistule, soit en donnant naissance à une inflammation adhésive des parois de la fistule, soit parce que l'eschare formée en bouchera mécaniquement pendant un certain temps l'ouverture. Le nitrate d'argent devra être préféré au cautère actuel, parce que l'eschare qu'il forme est beaucoup plus sèche et bien moins molle que celle formée par le cautère actuel; ce qui fait que le nitrate d'argent est doublement utile, puis-

qu'il sert d'abord comme caustique et comme corps oblitérant. Louis a obtenu de cette manière la guérison d'une fistule datant de dix-neuf ans.

Compression et ligature. — Desault employait la compression dans le but d'atrophier la glande et d'arrêter pour toujours le cours de la salive ; il réussit par ce moyen à guérir une fistule que la compression faite sur le canal n'avait pu fermer. Mais Boyer a élevé des doutes au sujet de ce procédé, en disant qu'il ne croirait à l'atrophie de la glande qu'autant qu'elle serait constatée par l'ouverture du cadavre. M. Maisonneuve a obtenu un plein succès en établissant une compression pendant vingt jours, à l'aide de compresses graduées entre la fistule et la glande. Ce procédé peut cependant amener des accidents graves, car il détermine presque toujours de l'inflammation dans la glande, et l'on a vu la salive, quelquefois, gonfler à tel point la parotide, que ce liquide suintait à travers la peau sous forme de gouttelettes. Quant à la ligature, c'est dans le même but qu'elle fut employée par Zang, qui réussit toujours à faire sans accidents cette ligature sur des animaux.

Suture entortillée. — Appliquée de bonne heure, la suture entortillée a eu des succès entre les mains de MM. Lasserve et Bégin ; mais il est très-probable que ce procédé doit mieux convenir pour éviter la fistule que pour la guérir : aussi, après une plaie faite depuis peu, ce devra être un bon moyen.

Désobstruction. — Séton par le conduit naturel. — La désobstruction consiste à sonder le canal, à en connaître les dimensions, et à s'assurer s'il ne contient pas de corps étrangers. Boyer cite le cas vu par A. Dubois, d'une tumeur inflammatoire de la joue qui s'ouvrit, s'ulcéra ; un stylet, introduit dans le canal de Stenon, pénétra facilement jusqu'à l'orifice fistuleux, où il rencontra de la résistance, due à une arête de poisson qui l'obstruait : l'extraction en fut faite, et le malade fut

guéri. Morand et Louis eurent l'idée de dilater le conduit de Stenon. Pour cela on introduit un stylet armé d'un fil, soit de l'intérieur, par l'orifice naturel du conduit, soit de l'extérieur de la bouche, par l'orifice anormal, selon la plus ou moins grande difficulté qu'on éprouve d'un côté ou de l'autre. Le fil passé, on en réunit les deux bouts par un nœud sur les côtés de la joue, et on ajoute à l'extrémité du fil interne un autre fil de soie ; on tire, et on le laisse séjourner pendant un certain temps ; puis, au lieu d'un fil, on en ajoute deux, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'on ait assez dilaté le canal ; par ce procédé, la salive, trouvant un conduit plus large, s'écoule en moins grande quantité par la fistule, et peut quelquefois reprendre son cours normal.

Séton par un conduit nouveau. — Monro se servait d'une alêne semblable à celle dont se servent les cordonniers, à l'aide de laquelle il traversait la joue dans la direction du canal, et se contentait pour séton d'un fil passé par la plaie. Desault se servait d'un trois-quarts pour passer le fil à travers la joue, et il ajoutait un séton à l'extrémité interne du fil. Bilquer, à la place du séton, laissait une canule de plomb dans la moitié interne de la plaie. M. Velpeau (*Méd. op.*, t. 3) a proposé, il y a quelques années, de percer d'une manière quelconque le conduit parotidien, en arrière, à quelque distance de l'orifice fistuleux, et d'établir ainsi sur la voie que parcourt la salive une fistule interne, afin de pouvoir fermer celle du dehors. Mais ce procédé, dit-il, ne serait applicable que dans les cas où la plaie du canal n'est pas trop rapprochée du muscle masséter.

Nous trouvons dans l'*Encyclographie* du mois d'avril 1843, la description de deux nouveaux procédés pour la guérison des fistules de la portion antérieure du conduit parotidien, par M. Riberi, de Turin. L'auteur entend par portion antérieure ou buccale du conduit de Stenon, la portion comprise entre le bord antérieur du muscle masséter et sa terminaison dans la cavité buccale. Il nomme postérieure ou parotidienne, cette portion du même conduit qui s'étend du bord antérieur du même muscle jusqu'à la glande parotide.

Premier procédé. — L'auteur suppose une fistule du conduit parotidien gauche. — *Premier temps.* L'opérateur introduit dans la bouche le doigt indicateur de la main gauche, enveloppé d'un linge, et l'applique contre l'endroit de la fistule ; il porte en même temps le pouce de la même main sur le point correspondant de la face externe de la joue, et tire celle-ci dans la direction de la ligne médiane, de manière à effacer le coude du conduit, et le rectifier en l'allongeant. — *Deuxième temps.* Il reconnaît avec le doigt indicateur de la même main le bord antérieur du masséter, ce qui est très-aisé ; ensuite, avec un bistouri à tranchant convexe, il coupe verticalement la joue sur un endroit sain, au delà du lieu fistuleux et parallèlement au bord antérieur du même muscle, dans le but de découvrir le conduit de Stenon, comme on découvrirait une artère ou un nerf. C'est donc par petits coups qu'il faut procéder : une petite incision et un peu d'habitude font découvrir et isoler ce conduit avec une grande facilité. Cela fait, on lie le conduit avec un cordonnet de soie cirée, absolument comme une artère dans la méthode de Hunter, et l'on coupe l'un des chefs ; on coupe ensuite le conduit lui-même au-dessus de la ligature. — *Troisième temps.* Avec un bistouri droit, le chirurgien complète alors, en perforant directement d'un seul trait la joue assez complétement, surtout en dedans, ce qui s'exécute en un clin d'œil ; il fait passer le fil dans la bouche, en lui laissant une longueur de 27 à 30 millimètres, et réunit la plaie externe par première intention, à l'aide d'épingles fines à insectologie et d'un fil, etc. Ces épingles doivent être implantées de manière qu'elles n'arrivent pas jusqu'au conduit de Stenon, et à une petite distance l'une de l'autre, c'est-à-dire 2 à 3 millimètres. La plaie externe se cicatrise promptement, et ne laisse qu'une cicatrice linéaire à peine visible. Le fil laissé dans la bouche est supporté sans incommodité, et tombe du seizième au vingt-cinquième jour. Il sert de conducteur à la salive provenant du bout supérieur du conduit; son nœud favorise la formation de la fistule interne que l'art a cherché à établir en empêchant l'oblitération du bout supérieur et de la division de la muqueuse buccale. La guérison est constante et durable. Après la chute

du fil, qu'on peut hâter à l'aide de légères tractions, le cathétérisme de la moitié inférieure du conduit de Stenon, fait voir que celui-ci est oblitéré à l'endroit lié.

Deuxième procédé. — Le premier temps est comme dans le précédent : le chirurgien prend alors un bistouri droit et étroit, et perfore la joue, d'un seul trait, à l'endroit indiqué, et sans disséquer préalablement le conduit qui doit se trouver ainsi divisé de prime abord. Le doigt indicateur qui est dans la bouche relève de dedans en dehors les bords de la petite plaie; l'opérateur l'absterge, et voit saillir le bout inférieur du conduit de Stenon; il le saisit avec une pince, et le lie comme précédemment. Le reste, *ut supra.*

M. Riberi se sert indifféremment de ces deux procédés. Nous terminons les principaux traitements des fistules salivaires, par le fait que ce chirurgien rapporte à l'appui d'un de ses procédés : une jeune fille, âgée de dix-sept ans, d'une famille élevée, portait depuis dix-neuf mois une fistule salivaire sur la joue gauche à peu de distance (quelques lignes) du masséter. Elle et sa famille étaient dans la désolation. Le mal avait été précédé d'une phlogose ulcérative chronique de la face interne de la joue, occasionnée probablement par une dent très-aiguë qui avait fait irruption sur la face alvéolaire correspondante. M. Riberi l'opéra par son second procédé. La plaie s'est cicatrisée promptement; l'ulcération fistuleuse externe s'est cicatrisée à son tour, après la troisième cautérisation avec la pierre infernale; le fil buccal est tombé le quinzième jour. Guérison durable. Les cicatrices de la joue sont à peine visibles; elles ressemblent à celles des coupures qu'on se fait quelquefois avec un rasoir bien affilé (*Annales de thérapeutique*, n° 1, avril 1843).

B. *Fistules de la glande parotide.* — La cautérisation, dans le cas de fistule parotidienne, a été employée par Galien, Paré, Boyer et plusieurs autres, qui tous en ont obtenu de bons résultats. Parmi les caustiques, le meilleur ici est encore le nitrate d'argent, pour les rai-

sons que nous avons exposées plus haut. M. Velpeau (op. cit.) lui a substitué avec succès, dans un cas où l'ulcération était étroite et profonde, un trochisque de minium; cette fistule était la suite d'une ouverture d'abcès derrière le bord maxillaire. Les vésicatoires ont été prônés et ont procuré des résultats avantageux. Ainsi, M. Velpeau a guéri deux malades affectés de fistule parotidienne, à l'aide de vésicatoires répétés sur le lieu malade. Les styptiques, les astringents et les injections irritantes sont rarement employés aujourd'hui; cependant ce dernier moyen a été couronné de succès entre les mains de Louis. La compression suffit dans un bon nombre de cas quand les malades peuvent la supporter; des compresses graduées et un bandage suffisent ordinairement. Chelius fait faire des frictions camphrées chaque fois qu'on renouvelle ce bandage. C'est par la compression et par la cautérisation simultanément employées, que M. A. Bérard parvint à guérir la fistule produite par l'incision de la poche salivaire dont nous avons rapporté plus haut l'observation.

C. *Fistules de la glande sous-maxillaire.* — Nous avons dit que les fistules de la glande sous-maxillaire étaient très-rares; en parlant des symptômes, nous en avons rapporté un cas. Muys et Leucat en citent aussi des exemples. M. Larrey, dans un cas de ce genre, a réussi à guérir un malade en rafraîchissant les bords de la fistule, et en pratiquant la suture enchevillée. Du reste, avant d'en venir à aucune espèce d'opération, on devrait, autant que possible, essayer tous les moyens que nous avons passés en revue en parlant des autres fistules salivaires. M. Amussat a fait l'extirpation de cette glande chez un enfant qui portait une fistule au-dessous de la mâchoire inférieure.

Maintenant que nous venons de passer en revue les principaux moyens qui peuvent amener la cure des fistules salivaires, qu'il nous soit permis d'entrer dans quelques considérations particulières sur ces fistules, pour arriver à la réponse que la Faculté nous demande. Les causes qui tendent à produire les fistules de la glande parotide doivent agir, pour déterminer un écoulement anormal et accidentel de la sa-

live, sur les conduits qui partent des grains granuleux qui forment le tissu de cette glande. Quoiqu'un peu volumineux, ces conduits, une fois divisés par une cause quelconque, laissent écouler la salive qui s'oppose à la réunion de la plaie, ou qui s'infiltre dans le tissu cellulaire, et par là s'oppose encore à la cicatrisation. Mais nous devons faire remarquer ici que toute division ou altération de la parotide ne donne pas lieu nécessairement à des fistules salivaires; car il est des divisions de conduits si fins ou de granulations, que la cicatrisation de celles-ci amène infailliblement l'oblitération des conduits, c'est-à-dire une réunion par première intention, et sans écoulement de salive. Lorsqu'au contraire la lésion occupe une certaine épaisseur de la glande ou un conduit plus considérable, la fistule se forme, et alors nous croyons pouvoir établir que, dans ce dernier cas, la fistule réclamera des moyens qui devront être employés avec d'autant plus de persévérance qu'un plus grand nombre de radicules ou de granulations glandulaires auront été lésées: ainsi, dans ce cas, une compression bien faite et longtemps prolongée pourra encore amener la guérison, ce qui se conçoit, car elle peut oblitérer les conduits et atrophier les granulations des lobules lésés, et les rendre inefficaces à la sécrétion.

Mais si les fistules de la glande parotide ne paraissent pas devoir inquiéter ordinairement le chirurgien, il n'en est pas de même de celles du conduit de Stenon, qui sont une source de tourment et de dégoût, souvent aussi d'accidents graves. Toutes les fois que le conduit de Stenon a été atteint, on doit s'attendre invariablement à une fistule, quoi qu'en pensait Percy, qui croyait que le conduit de Stenon pouvait être intéressé sans qu'il s'ensuivît de fistule, parce qu'il croyait que ce conduit se réunissait avec une entière facilité; mais il avait certainement été induit en erreur, et dans tous les cas où il n'avait pas vu de fistule suivre ces sortes de lésions, c'est que le conduit de Stenon avait été respecté. M. le professeur Blandin, du reste, a démontré que ce conduit devait être rarement blessé à cause des protections qui l'entourent, et principalement de l'os de la pommette. Il n'est pas

difficile, dans un cas de plaie du conduit de Stenon, de concevoir comment la fistule se formera, et comment elle devra être plus difficile à guérir que les autres fistules : en effet, d'abord, même au moment de l'accident, si le conduit a été lésé en totalité ou en partie, nous croyons qu'il est bien difficile, sinon impossible, que les lèvres de ce conduit, si minces, pussent être mises en contact, et alors l'adhésion ne pourra agir directement sur elles. La salive, du reste, le parcourt sans cesse, et tend à se porter à l'extérieur ou dans le tissu cellulaire ambiant; à plus forte raison, si le conduit est coupé complétement en travers, on ne peut pas espérer de rétablir le cours de la salive par les voies ordinaires, car la portion buccale s'oblitère, ou du moins la continuité ne peut plus être rétablie entre les deux bouts divisés. Une cause majeure qui s'opposera aussi à la clôture de l'ulcère, c'est l'abondance de la salive, qui empêchera toute espèce d'adhésion de s'opérer; on devra toujours alors, les moyens moins heureux ayant été employés, chercher à transformer la fistule externe en fistule interne. Les raisons que nous venons de donner nous permettent de penser que si, dans certains cas, les fistules salivaires des glandes ont résisté à tous nos moyens de traitement, il n'en est pas moins vrai qu'on peut en guérir un bon nombre, et qu'au contraire, les fistules des conduits, pour les raisons que nous avons exposées, doivent être plus difficilement curables, puisqu'elles réclament d'abord des moyens plus compliqués, et qu'elles ont une cause d'empêchement de cicatrisation.

III.

Quelles sont les différences des nerfs pneumogastriques comparés entre eux à droite et à gauche ?

Les nerfs pneumogastriques et les glossopharyngiens ont une origine commune; ils naissent comme les nerfs spinaux par une série linéaire de filets qui se détachent des corps restiformes, et qui ne peuvent être suivis à travers ces mêmes corps. Ces nerfs sont très-remarquables à raison de leur distribution et de l'importance des organes auxquels ils fournissent ainsi : le larynx, les poumons, le cœur, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, le plexus solaire, en reçoivent des rameaux. Les pneumogastriques parcourent un assez long trajet et présentent des différences suivant qu'on les considère à gauche ou à droite. Nous allons les suivre depuis leur origine jusqu'à leur terminaison, et nous indiquerons les différentes régions où ces variétés se rencontrent.

1° Quand ces nerfs traversent le crâne et le trou déchiré postérieur, ils ne diffèrent pas, en général, d'une manière notable.

2° Les pneumogastriques, dans le trajet qu'ils parcourent au cou, fournissent des rameaux pharyngiens, laryngés supérieurs, et des filets cardiaques; ces filets, variables en nombre et en volume chez les différents sujets et même d'un côté à l'autre, se détachent à des hauteurs diverses du tronc : les uns vont se jeter, après un trajet plus ou moins long, dans les nerfs cardiaques supérieurs, soit le long du cou, soit dans le thorax, les autres se portent directement au plexus cardiaque. Les plus remarquables de ces nerfs sont ceux qui naissent un peu à la partie inférieure et correspondante, d'un côté ou de l'autre du cou, à quelques lignes un peu au-dessus de la première côte, ils se comportent d'une manière différente à *droite* et à *gauche ;* du *côté droit,* le nerf

cardiaque passe au devant de la carotide primitive, puis au devant du tronc brachio-céphalique, au-dessous duquel il s'unit au nerf cardiaque supérieur ; du *côté gauche,* il se porte au devant de la crosse de l'aorte au-dessous de laquelle il s'anastomose, comme le précédent, avec le nerf cardiaque supérieur.

3° C'est surtout lorsque les nerfs pneumogastriques sont arrivés dans la poitrine qu'ils présentent des différences très-remarquables, à gauche et à droite : ainsi, *à gauche*, le nerf pneumogastrique pénètre dans la poitrine, entre la carotide primitive et l'artère sous-clavière, dans l'intervalle triangulaire qui les sépare derrière le tronc brachio-céphalique, à gauche de la crosse de l'aorte, passe ensuite derrière la bronche gauche, sur laquelle il s'épanouit, pour se reconstituer en une ou deux branches, qui se portent au devant de l'œsophage, avec lequel il pénètre dans la poitrine. *A droite*, le nerf pénètre dans la poitrine, entre l'artère et la veine sous-clavières ; plus bas il passe devant le tronc brachio-céphalique et la veine cave supérieure, sur les côtés de la trachée ; il se porte ensuite derrière la racine du poumon, où il s'aplatit en s'élargissant : là, il fournit des branches très-multipliées, et semble s'épanouir pour se reconstituer ensuite. Au-dessous de la racine des poumons, le pneumogastrique droit est toujours divisé en deux branches aplaties, qui longent le côté droit de l'œsophage, se réunissent à peu de distance du pharynx, pour se placer en arrière de l'œsophage, et pénétrer dans l'abdomen avec ce conduit membraneux. Ils fournissent dans le thorax les nerfs récurrents ou laryngés inférieurs, des rameaux cardiaques, des rameaux trachéens, œsophagiens, les plexus pulmonaires antérieur et postérieur.

Les nerfs laryngés inférieurs présentent aussi des différences, suivant qu'on les considère à gauche ou à droite : ainsi, *à gauche,* il naît au devant de la crosse de l'aorte, se réfléchit en dessous, puis en arrière de cette crosse, en faisant une anse ou espèce d'arcade à concavité supérieure, et qui embrasse le vaisseau, tandis qu'*à droite,* il naît au devant de l'artère sous-clavière, se réfléchit sous cette artère,

en formant aussi une anse à concavité supérieure, qui embrasse ce vaisseau. Devenus ascendants de descendants qu'ils étaient, les nerfs laryngés se placent dans le sillon qui sépare la trachée-artère de l'œsophage, et continuent leur marche ascendante jusqu'au niveau des muscles constricteurs inférieurs du pharynx, et s'engagent sous ces muscles auxquels ils fournissent des rameaux, et se terminent en se répartissant entre les muscles du larynx, après avoir fourni des filets aux constricteurs inférieurs. Dans leur trajet, les nerfs récurrents fournissent, au moment de leur réflexion, plusieurs filets cardiaques et des rameaux œsophagiens qui sont beaucoup plus multipliés *à gauche* qu'*à droite,* d'où il résulte que le nerf récurrent du côté gauche arrive au larynx bien plus amoindri que le nerf récurrent du côté droit (Cruveilhier, *Anat. descript.,* t. 4).

4° Quand les nerfs pneumogastriques sont arrivés au-dessus du tronc œsophagien, ils pénètrent dans l'abdomen, le *gauche* en avant de l'œsophage, le *droit* en arrière de ce conduit; ils se comportent donc différemment à droite et à gauche. Le gauche, placé au devant du cardia, se divise en un très-grand nombre de filets; parmi ces filets, les uns se portent sur la grosse tubérosité et sur la face supérieure de l'estomac; les autres, plus nombreux, se portent à la petite courbure sur laquelle ils se divisent en deux groupes. L'un de ces groupes s'étend jusqu'au duodénum, en suivant cette courbure; l'autre la quitte pour aller se perdre dans le sillon de la veine porte, après avoir parcouru l'épiploon gastro-hépatique; le *droit,* placé à la partie postérieure de l'œsophage, se divise et se subdivise en un très-grand nombre de rameaux, dont les uns se distribuent au cardia et à la face postérieure de l'estomac, dont les autres suivent la petite courbure de ce viscère, et vont se jeter dans le plexus solaire.

IV.

Comment reconnaître le tartrate de potasse antimonié mélangé avec la matière des vomissements ?

Les procédés décrits et employés par les toxicologistes, pour découvrir l'émétique, ont tous pour but d'obtenir l'antimoine métallique; seulement ces procédés varient suivant l'état de l'émétique dans les matières vomies, ainsi il peut être solide ou liquide, décomposé ou non combiné avec les aliments ou les médicaments. Nous allons chercher à le reconnaître sous ces différents états.

Émétique solide. — Il est blanc, cristallisé, ou en poudre, inodore, d'une saveur âpre, légèrement métallique; mis sur des charbons ardents, il décrépite et se décompose, en cédant son oxygène au charbon, et le métal est mis à nu. Ce métal est solide, d'un blanc bleuâtre, cassant, et facilement pulvérisable. Bouilli dans l'*acide nitrique*, il s'empare d'une portion d'oxygène de cet acide et se transforme en *deutoxyde,* qui ne se *dissout point dans l'acide*, et reste au fond du vase sous forme d'une masse blanche, terne. Le deutoxyde d'antimoine se dissout très-bien dans l'acide chlorhydrique et forme une chlorhydrate liquide, qui précipite en *blanc* par l'eau, et en *rouge orangé* par les *sulfhydrates.*

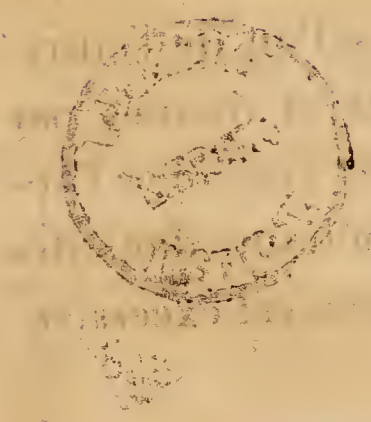
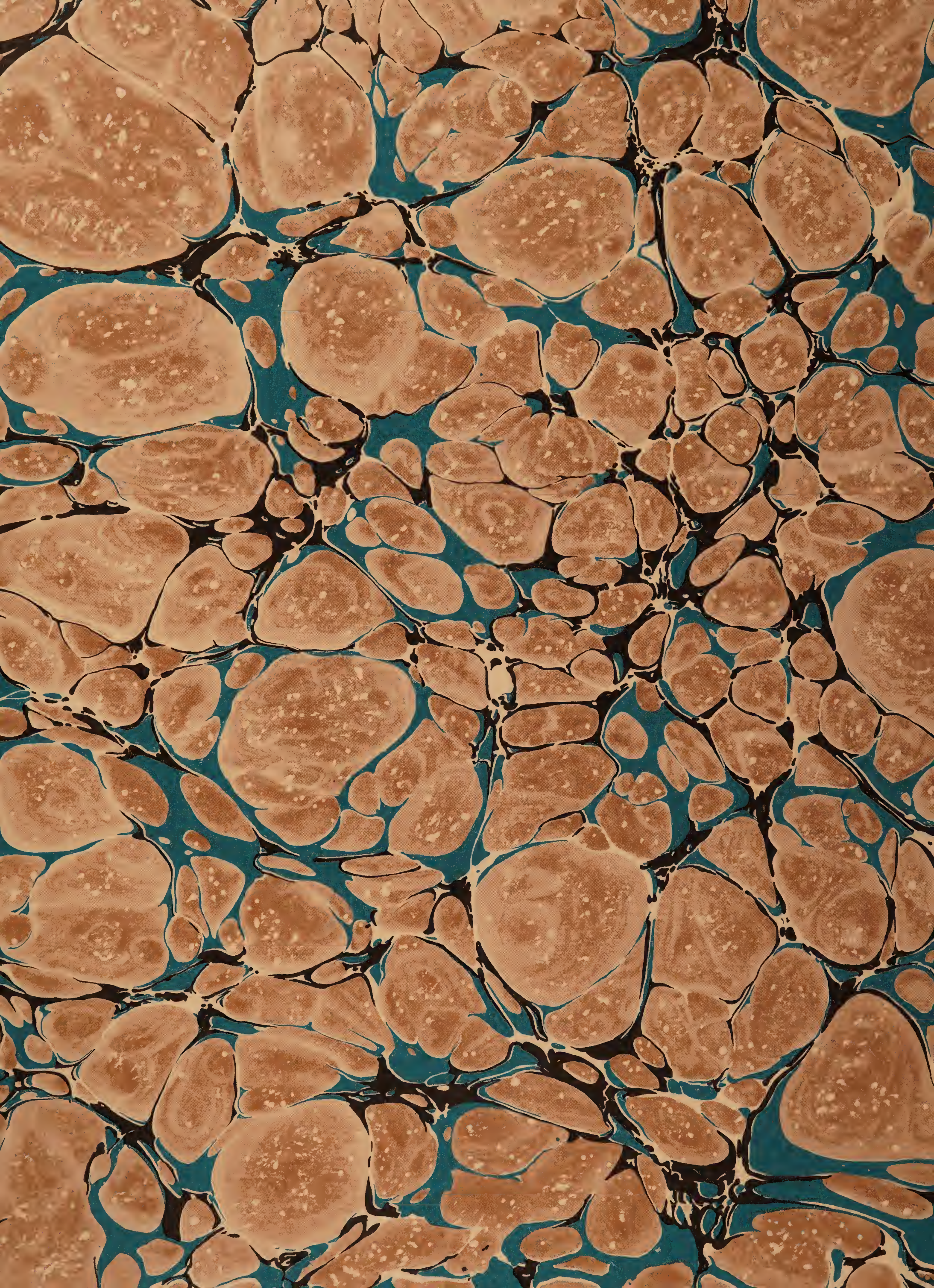
Quand l'émétique sera mêlé à un médicament ou à de la matière vomie qui le contiendra, qu'il ne sera pas décomposé, on devra diviser le mélange, et le faire bouillir pendant une demi-heure avec 60 grammes d'eau distillée pour en avoir une dissolution dont nous donnerons plus bas le mode d'action avec les réactifs.

Quand l'émétique aura été décomposé, ou qu'il sera fortement retenu par les substances auxquelles il est mélangé, comme, dans ce

cas, l'ébullition du médicament dans l'eau est infructueuse pour démontrer la présence du métal, on calcinera le mélange dans un creuset avec une certaine quantité de charbon pulvérisé et une certaine quantité de potasse, jusqu'à ce qu'il soit incinéré, et l'on obtiendra un culot d'antimoine métallique.

Quand l'émétique sera combiné avec des médicaments qui auront opéré sa décomposition, telles que les décoctions de certains bois, des racines, des écorces, etc., on devra encore calciner le mélange; et comme il arrive quelquefois que la quantité d'antimoine est trop faible, qu'il est difficile de l'apercevoir, il faut traiter le produit de la calcination par l'eau régale étendue d'eau qui oxydera et dissoudra le métal; on chassera l'excès d'acide par l'évaporation, puis, après avoir filtré la liqueur, on y fera passer un excès d'acide hydrosulfurique gazeux : on obtiendra un sulfure d'antimoine, qui sera desséché, et qu'on décomposera à l'aide du charbon et de la potasse. M. Orfila trouve ce procédé préférable à ceux de MM. Devergie et Turner, par sa simplicité et par son exactitude. Ainsi, M. Devergie propose de dissoudre la masse suspecte dans l'eau régale, de séparer la matière animale dissoute par le chlore, et de précipiter l'antimoine par l'acide sulfhydrique. M. Turner, lui, dissout la masse suspecte dans l'acide tartrique, et sépare la matière animale dissoute par l'acide hydrochlorique, et précipite ensuite par l'acide sulfhydrique.

Quels que soient les cas qui se présenteront, on devra toujours opérer sur les matières vomies, soit l'incinération, soit la dissolution. Cette dissolution devra avoir les caractères suivants : c'est un liquide transparent, inodore, d'une saveur âpre, métallique, rougissant l'eau de tournesol; l'eau de *chaux* le précipite en blanc; le précipité est soluble dans un excès d'acide nitrique. L'eau de *baryte* agit de la même manière. La *potasse caustique* en sépare l'oxyde blanc, qui se redissout dans un excès de réactif. Les acides sulfurique et nitrique précipitent en *blanc* ce liquide. L'acide *sulfhydrique* le décompose, et donne naissance à un précipité *jaune orange* qui passe au *rouge brun*. Si on l'emploie en plus grande quantité, ce précipité est composé de soufre,

d'antimoine et d'eau, et est légèrement soluble dans l'*ammoniaque, sans que la liqueur se décolore,* tandis que le *sulfure d'arsenic* est excessivement soluble dans l'alcali volatil avec *décoloration complète.* L'infusum aqueux, éthéré ou alcoolique de noix de galle, donne naissance, quand il est versé dans un liquide qui contient de l'émétique, à un précipité abondant, *caillebotté,* d'*un blanc sale* tirant un peu sur le *jaune,* dans lequel il est facile de reconnaître la présence de l'émétique.

Les caractères du sulfure d'antimoine sont assez tranchés pour qu'il ne puisse pas être confondu avec le sulfure d'arsenic. Du reste, l'appareil de Marsh, outre les caractères par nous indiqués, pourrait être d'une grande utilité en faisant obtenir des taches dont les caractères seraient suffisants pour différencier les deux métaux l'un de l'autre. Mais nous regardons les procédés par nous décrits et donnés par M. Orfila, comme bons, et nous pensons qu'on ne doit employer l'appareil de Marsh, pour constater la présence de l'émétique dans des matières vomies, que quand on pense que la quantité en est excessivement minime.